*Odbitka z Gazety Lekarskiej r. 1882.*

# O NERWOBÓLACH KLATKI PIERSIOWEJ, WIKŁAJĄCYCH PRZEWLEKŁE SUCHOTY PŁUCNE.



Podał

D-r. med. **Alfred Sokołowski**.

Powszechnie wiadomo, jak często suchotnicy uskarżają się na bóle różnorodne w klatce piersiowej, które pospolicie oznaczane bywają pod nazwą, „kłucia w piersiach". Przy bliższem jednakże rozpatrzeniu, z łatwością przekonać się można, że bóle owe przedstawiają różnorodny charakter, tak pod względem umiejscowienia, natężenia, przebiegu, jako też ich znaczenia patologicznego. Zajmując się oddawna badaniem tego objawu, często stanowiącego wielce nieprzyjemne powikłanie suchot płucnych, postanowiłem dzisiaj podać do wiadomości Szanownym Kolegom moje pod tym względem doświadczenie kliniczne.

Wogóle biorąc, bóle w mowie będące dadzą się podzielić na dwie główne grupy: 1) bóle tępe, nieściśle umiejscowione, występujące w różnych miejscach klatki piersiowej, przeważnie jednakże z przodu, bardzo zaś często w okolicy mostka. Bóle owe posiadają różnorodne natężenie, zazwyczaj nie dokuczają one zbytnio chorym, którzy określają je jako głuchy ból, głęboko w piersiach tkwiący, nie będąc w stanie ściśle go umiejscowić. Często głębokie oddechanie powiększa ból; w większej jednakże liczbie przypadków, oddechanie nawet głębokie odbywa się zupełnie swobodnie. Bóle owe występują chwilami, nieraz godzinami, wogóle jednakże biorąc, są krótkotrwałe; są okresy że występują kilka dni z rzędu, innym razem co kilka tygodni lub miesięcy. Często przyczyną ich bywa wysiłek mechaniczny, innym razem występują bez żadnej widocznej przyczyny, nieraz wśród zupełnego spokoju.

Zdarza się jednak czasem, że bóle, wyżej wspomniane, dochodzą do niezwykle silnego natężenia, a wówczas stanowią one wielce dokuczliwy objaw,

chorzy wówczas ból określają, jako niezwykle silne kłucie, lub rwanie w piersiach, ból taki nieraz dochodzi do tak silnego zaostrzenia, że chorzy niemal krzyczą z bólu. Tego rodzaju silne bóle występują rzadko, a przypadki w których dotychczas miałem sposobność je obserwować odnosiły się do okresów końcowych szybko przebiegających suchot płucnych (*phthisis florida*). Jako ciekawy pod tym względem, przypadek niechaj nam posłuży następujące spostrzeżenie: W pierwszych dniach Kwietnia roku bieżącego, przybyła na mój oddział w szpitalu Ś-go Ducha 18 letnia dziewczyna w ostatnim okresie szybko postępujących suchot płucnych. Chora przedstawiała obraz ostatecznego wyniszczenia, gorączkowała silnie (*febris continua* do 40° C. z nieznacznemi rannemi remissyjami) pociła się obficie, kaszel trwał bezustanku. W płucach istniały objawy fizykalne znacznych zgęszczeń u obu szczytów płucnych.

Jedyny przedmiot skargi owej nieszczęśliwej chorej były silne bóle w piersiach, bólów owych bliżej umiejscowić nie była w stanie, wskazując tylko na całą przednią część klatki piersiowej. Objaw ten musiał być niezwykle silnego natężenia, chora bowiem wciąż jęczała, a od czasu do czasu wydawała głośne krzyki. W ciągu kilkunastotygodniowego pobytu w szpitalu, to jest do samej śmierci, objaw ów pozostawał bez zmiany, nawet jeszcze na kilka godzin przed śmiercią, podczas mojej wizyty szpitalnej. chora, będąc już prawie bez tętna, jeszcze jęczała uskarżając się na ból w piersiach.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e dokonane przezemnie wykazało: znaczne zrosty obu płuc, szczególniej szytów, znaczne zniszczenia (jamy-*cavernae*) z obu szczytów, a szczególniej lewego, ogniska bronchopneumoniczne w innych częściach płuc. Nigdzie świeżych gruzełków nie napotkano. Nigdzie na opłucnej nie wykryto śladów świeżego wysięku, wszystkie zrosty były mniej lub więcej silnie zorganizowane.

Inny rodzaj bólów rozlanych, a jednak już bardziej ograniczonych, napotykamy u suchotników przedstawiających objawy znacznych powierzchownych jam (kawern) Tacy chorzy skarżą się od czasu do czasu, że w miejscu, odpowiadającem owej jamie, występuje mniej lub więcej rozległy ból; ból taki zazwyczaj występuje przemijająco, nigdy nie dokucza mocno chorym, a ci ostatni charakteryzują go jako ból głuchy, rozprzestrzeniający się mniej na znacznej przestrzeni tej strony klatki piersiowej, w której istnieje jama suchotnicza. Zdarza się bardzo często, że ból ów wzmaga się po dokonywanej perkusyi, szczególniej zbyt mocno wykonywanej, nieraz nawet ból do tego stopnia się wzmaga, że chorzy badać się nie pozwalają, twierdząc, że po każdem badaniu ból trwa całe godziny; widziałem nawet tego rodzaju przypadki gdzie chorzy znaczne pogorszenie swego stanu kładli na karb zbyt energicznie dokonanej perkusyi, twierdząc, że ból, który stale u nich powstawał, datuje od owego badania. Zresztą fakty tego rodzaju znane są powszechnie w klinikach, gdzie często suchotnicy wypisują się jedynie dlatego tylko, że wielokrotne badania przez studentów wywołują u nich uparte bóle w klatce piersiowej.

Co się dotyczy istotnej przyczyny owych bólów rozlanych, to takowa nie daje się wyjaśnić w zupełnie zadawalniający sposób. Można przypuszczać,

jakto i zresztą powszechnie się przyjmuje, że wywołane są one tworzącemi się zrostami pleurytycznemi. Przeciw jednakże takowemu przypuszczeniu przemawiają fakty tego rodzaju, że bóle owe występują stosunkowo rzadko u suchotników, podczas gdy zrosty pleurytyczne są zjawiskiem stale napotykanem u każdego trupa suchotniczego. Zdarzało mi się wielokrotnie o tem przekonać, co zresztą jest faktem powszechnie znanym, że nieraz u suchotników, którzy w ciągu całej choroby nie uskarżali się na najmniejszy ból, znajdowałem po śmierci kolosalne zrosty, które jedynie nożem można było od klatki piersiowej odseparować.

Przeważnie u suchotników, skarżących się na mniej lub więcej silne bóle, znajdowałem zrosty nieznaczne, tak np. u 35-letniej suchotnicy, którą również w r. b na moim oddziale spostrzegałem, istniały w ciągu kilku tygodni przed śmiercią bóle rozlane (na znacznej przestrzeni). głównie w przednieje części klatki piersiowej. Bóle owe były niezbyt silne, chora okazywała głównie na cały mostek, jako na miejsce bólu. Badanie pośmiertne wykazało, że tylko wierzchołek prawego płuca i tylna część górnego zraza były przyrośnięte i to za pomocą umiarkowanych zrostów. Lewa opłucna żebrowa przedstawiała się zupełnie gładką, również lewy wierzchołek i tylne części płuca tylko przyrośnięte, przednia powierzchnia obu płuc, brzeg dolny i wewnętrzny były zupełnie swobodne. Może być, że przy powstaniu owych bólów odgrywa główną rolę indywidualność chorego, większa skłonność do nadczułości nerwowej, wogóle mówiąc, pewna większa wrażliwość nerwowa. gdyż, jak to miałem sposobność spostrzegać, bóle owe występują w większej liczbie przypadków u kobiet aniżeli u mężczyzn.

D r u g i r o d z a j n e r w o b ó l ó w, występujących w przebiegu przewlekłych suchot płucnych, są to bóle ograniczone do pewnych punktów klatki piersiowej, a mianowicie do międzyżebrzy. Bóle tego rodzaju posiadają mniej lub więcej wyraźne cechy nerwobólów międzyżebrowych (*neuralgia intercostalis*). Pod względem klinicznym nerwobóle tego ostatniego rodzaju przedstawiają się pod trzema głównemi postaciami, i tak: W bardzo wczesnych okresach suchot płucnych, gdzie nieraz mamy nieznaczne zaledwie objawy fizykalne ze strony płuc (lekkie stępienie. oddech wydłużony i t. p.), występują bóle pod obojczykiem, w drugiem lub trzeciem międzyżebrzu. Ból taki nie jest zbyt silnym i jest on ściśle ograniczonym do wyżej wzmiankowanych międzyżebrzy. Rzadko tylko bardzo rozprzestrzenia się na przednią część karku. Przy pociskaniu ból wzmaga się i wyraźnie rozszerza się w kierunku nerwu międzyżebrowego naciskanie innych sąsiednich miejsc klatki piersiowej bynajmniej bólu nie wywołuje. Tego samego rodzaju ból międzyżebrowy, chociaż już daleko rzadziej, występuje i z tyłu między łopatkami, również ograniczając się ściśle do kilku pewnych przestrzeni międzyżebrowych. Jak tylko co wzmiankowałem. bóle owe nie bywają nigdy zbyt silnemi, występują one od czasu do czasu i zazwyczaj są krótkotrwałemi; chorzy opowiadają nam, że najczęściej doznają bólów tych rano przy wstawaniu, trwają one nieraz kilka godzin, a w ciągu dnia ustępują zupełnie, aby znowu zjawić się nazajutrz rano.

Z postępem sprawy płucnej ku gorszemu, bóle te zazwyczaj znikają w zupełności, tożsamo ma miejsce również w tych przypadkach, gdzie proces w szczycie płuca przybiera pomyślny przebieg. Co do bliższej istoty owych bólów, to chociaż z trudnością daje się tu coś stanowczego orzec, dla tej przyczyny, że chorzy będący w tym okresie nie bywają przedmiotem badania pośmiertnego, to sądzę jednakże, że wielce prawdopodobnem jest przypuszczenie, jeszcze przed trzydziestu kilku laty wypowiedziane przez lekarza francuskiego B e a u [1]), że bóle takie zależne są od zapalenia nerwu międzyżebrowego (*névrite*), będącego wynikiem przewlekłego zapalenia opłucnej, towarzyszącego sprawie gruźliczej szczytu płucnego.

Bóle owe podobojczykowe, tylko co opisane, jeśli z jednej strony niezbyt dokuczają chorym i zazwyczaj same ustępują, to jednakże nieraz u nieco wrażliwych chorych (a bardziej jeszcze u ich otoczenia) stanowią przedmiot nieustannej obawy i nieustannych skarg, zmuszających lekarza do różnych środków miejscowo działających. W tych jednakże razach leczenie psychiczne okazuje się najczęściej środkiem najskuteczniejszym, chorzy uspokojeni zapewnieniem lekarza o małej doniosłości bólu, przestają się trwożyć, a ból zazwyczaj szybko ustępuje sam przez się. Co się dotyczy znaczenia prognostycznego owych bólów, to, zdaniem mojem, znaczenie ich zostało przez niektórych autorów, a szczególniej P e t e r'a, zbytecznie przecenionem. Profesor P e t e r w swoich znakomitych lekcyjach klinicznych [2]) bólowi wyżej opisanemu nadaje wysoką doniosłość praktyczną, pisząc: „*Par tout ce que nous avons vu de sa raison pathogénique, la douleur des sommets de la poitrine est donc un des faits les plus nécessaires de la tuberculisation pulmonaire; il s'en suit qu'elle en est un des symptômes le plus constants et par là un des signes les plus probants*“ (str. 504).

Zdanie to profesora P e t e r'a jest jednostajnem, a to z następujących powodów: 1) Ponieważ u bardzo wielu suchotników od początku cierpienia, aż do śmierci, jak to już wyżej wzmiankowałem, nie występują wcale nawet najmniejsze bóle, o czem miałem sposobność głównie przekonać się w Zakładzie leczniczym w Goerbersdorf'ie, w ciągu lat kilku, spostrzegałem tamże właśnie ogromną ilość przypadków, ze zmianami nieznacznemi szczytów płucnych, a śmiało wyrzec mogę, że zaledwie może u czwartej części z nich występowały owe bóle podobojczykowe. 2) Że w przypadkach gdzie istnieją owe bóle mamy chociaż nieznaczne, lecz wielce pozytywne, objawy cierpienia szczytu płucnego, jako to: suchy kaszel, lekkie stępienie, wydech przedłużony i t. p. objawy zajęcia szczytu płucnego. 3) Że bóle owe występują nieraz u osób zupełnie zdrowych szczególniej kobiet, ustępując szybko i mając li tylko znaczenie czystego nerwobóle międzyżebrowego.

---

[1]) De la névrite et de la névralgie intercostales, par le D-r B e a u, médecin de l'Hôtel Dieu etc. Archives Générales de Médecine. Février 1847. Str. 162—181.

[2]) Leçons de Clinique médicale, par M. P e t e r, Professeur etc.. Paris. 1877. Tom I. str. 498—521.

Drugi rodzaj i to najważniejszy owych nerwobólów międzyżebrowych jest następujący: u suchotnika zazwyczaj przedstawiającego już dosyć daleko posunięte zmiany miejscowe (zgęszczenia lub nawet zniszczenie tkanki płucnej) występuje raptownie bez żadnej widocznej przyczyny silny ból w przedniej, lub też, co bywa rzadziej, w tylnej części klatki piersiowej, najczęściej poniżej kąta łopatki, lub też w okolicy jednej z sutek z przodu Dopytując chorego o ów ból, dowiemy się, że chory jest w stanie zupełnie ściśle określić jego miejsce, a wówczas badając bliżej owe miejsce znajdziemy, że ból ściśle się umiejscawia w jednem z międzyżebrzy, najczęściej między 5 a 8; przy dotykaniu owego punktu bolesnego ból wzmaga się niesłychanie, a chory jednocześnie określa doskonale kierunek bólu, który rozprzestrzenia się na przebiegu całego nerwu międzyżebrowego. Dotykanie samego sąsiedniego żebra i innych blizkich punktów klatki piersiowej bynajmniej nie wywołuje najmniejszego bólu, ani też nie powiększa bólu, stale w międzyżebrzu istniejącego. Ból ten posiada charakter gwałtowny; chorzy skarżą się na silne kłucie, boją się nawet odetchnąć głęboko, gdyż przy takowym akcie ból zazwyczaj, chociaż nieznacznie, wzmaga się. Badanie fizykalne klatki piersiowej w tem miejscu nie wykazuje żadnych zboczeń: nie mamy ani stępienia, ani szmeru, tarcia i t. p. objawów, któreby przemawiały za zajęciem sąsiedniej opłucnej, przytem stan pozostaje bezgorączkowym, tętno nie jest przyspieszone. Ból taki gwałtowny trwa zwykle całe godziny, poczem zmniejsza się w natężeniu, aby znowu w kilka godzin lub nazajutrz wystąpić z nową gwałtownością; jednem słowem ból ów przedstawia wszystkie cechy silnego nerwobólu. Zazwyczaj w ciągu dni kilku, najczęściej w ciągu tygodnia, ból zmniejsza się w natężeniu, ustępując wreszcie zupełnie; często jednakże ból po jakimś czasie znowu w tem samem międzyżebrzu występuje, znowu trwając dni kilka. Zdarzało mi się widzieć przypadki, gdzie tego rodzaju napady występowały 5 do 6 razy, za każdym razem trwając od 24 godzin do dni kilku. Jak to już wyżej wzmiankowałem, ból ogranicza się zazwyczaj do jednego międzyżebrza, widziałem jednak i takie przypadki, gdzie ból zajmował dwa, a nawet trzy sąsiednie międzyżebrza rozprzestrzeniając się przy ucisku każdego międzyżebrza na całą przestrzeń odpowiedniego nerwu międzyżebrowego. Są to jednakże przypadki rzadkie, a zazwyczaj ból występuje w jednem lub dwóch międzyżebrzach. W wyjątkowych przypadkach ból ten międzyżebrowy bywa niesłychanie upartym, trwa bez przerwy całe tygodnie, a chociaż zmniejsza się w natężeniu, jednakże trwa stale i stanowi jedyny i ustawiczny przedmiot skargi chorego. Co do znaczenia istotnego takowych bólów, to z licznych moich spostrzeżeń przyszedłem do stanowczego wniosku, że bóle owe są zwiastunami, niejako bardzo blizką zapowiedzią, zmian głębszych tkanki płucnej, odbywających się centralnie, a powoli dążących ku obwodowi. Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa tworzące się centralnie ognisko bronchopneumoniczne rozszerza się i dąży do powierzchni płuca, wywołuje powolne chroniczne zapalenie opłucnej i nerwu międzyżebrowego (*neuritis*), a ten ostatni proces jest przyczyną owego upartego i tak dotkliwego bólu. Z chwilą gdy ognisko zbliży się ku powierzchni płuca, gdy objawy auskultacyjne wykażą nam już jawnie jego obecność, zazwy-

czaj bóle ustępują, a w odpowiedniem miejscu płuca wynajdujemy coraz wyraźniejsze oznaki głębokich zmian miąższowych. O takowem znaczeniu klinicznem i prognostycznem takowych bólów przekonałem się stanowczo; jest dla mnie tylko niezupełnie stwierdzoną rzeczą, czy ból taki polega na zapaleniu nerwu, czy też jest nerwobólem odruchowym w ścisłem znaczeniu tego wyrazu. Dotychczas bowiem nie miałem sposobności badania pośmiertnego odpowiedniego przypadku. Jeźli jednakże wolno wnioskować przez zestawienie faktów analogicznych, to na poparcie przypuszczenia o zmianie zapalnej (*neuritis*) w nerwie odpowiednim mogą służyć spostrzeżenia P e t e r'a, który u indywiduów dotkniętych suchemi bólami neuralgicznemi, istniejącemi na przebiegu nerwu przeponowego (*n. phrenicus*) i mostka. znajdował przy badaniu pośmiertnem (chory dotknięty był zwyrodnieniem i rozszerzeniem aorty) zwyrodnienie łączno-tkankowe odpowiednich nerwów, t. j. przeponowego i splotu sercowego (P e t e r l. c. str. 450).

Jak to już wyżej wzmiankowałem, owe bóle międzyżebrowe posiadają wysoką doniosłość, zdaniem mojem, pod względem prognostycznym, znając bowiem dokładnie ich charakter i umiejscowienie, musimy niemal być pewni, że u danego suchotnika, u którego często sprawa płucna pozostaje w okresie spoczynku, mamy do czynienia z powolnem rozszerzaniem się sprawy suchotniczej, tworzeniem się nowych ognisk serowatych, a tem samem posuwaniem się szybkiem danego osobnika ku zejściu fatalnemu, pomimo że inne objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej wcale tego zapowiadać się nie zdają.

Sądzę, że wyżej opisaną kategoryję nerwobólów najlepiej scharakteryzuję, opisawszy pokrótce dwa typowe tego rodzaju przypadki, przezemnie spostrzegane.

Spostrzeżenie I dotyczy chorego z praktyki mojej prywatnej, którego spostrzegałem wspólnie z kolegą F r a n k e n s t e i n e m. P. N., 42 lat liczący, urzędnik, dotkniętym jest od lat pięciu trwającem, przewlekłem zapaleniem obu szczytów płucnych. Sprawa przebiegała w wielce przewlekły sposób; stan chorego to pogorszał się to poprawiał, od czasu do czasu chory doznawał krwioplucia, świeżych katarów i t. p., w każdym jednak razie stan był o tyle znośnym, że do ostatnich czasów chory mógł się zajmować swą zwykłą biurową pracą. Chorego widziałem pierwszą razą w Październiku r. 1880; znalazłem wówczas dosyć rozległe zgęszczenia w obu szczytach płuc, szczególniej prawego, bez widocznych objawów zniszczenia tkanki płucnej; stan był bezgorączkowy. Ogólny stan przedstawiał się nader licho. W końcu Listopada tegoż roku wystąpiły raptownie gwałtowne bóle w prawej połowie klatki piersiowej poniżej łopatki. Przy bliższem zbadaniu znaleziono, że ból był ściśle ograniczonym do 5-go międzyżebrza; przy nacisku ból rozchodził się w kierunku przebiegu nerwu międzyżebrowego. Sąsiednie miejsca były niebolesne. Badanie fizykalne w okolicy rozprzestrzeniania się bólu nie wykazało przy opukiwaniu i osłuchiwaniu żadnych zjawisk anormalnych. Brano więc ból ów początkowo za czystą neuralgiję i stosowano odpowiednie środki jako to narkotyki podskórnie, lub pod postacią maści, wcierań i t. d.. Ulga była jednakże tylko chwilową, a ból występował po jakimś czasie z nową gwałtownością, stając się powodem bezsennych nocy. Stan taki niezwykle

wyniszczył chorego. Chcąc ból złagodzić, stosowano następnie miejscową antyflogozę, bańki cięte i suche, ciepłe okłady i t. p. środki, ale bezskutecznie; ból trwał dalej. Chorego widziałem znowu w początkach Grudnia, t. j. coś we dwa tygodnie po zjawieniu się owego bolu, ból miał być podług opowiadania chorego nieco mniejszym aniżeli w początku; znalazłem jednakże wyraźny punkt bolesny w 5 międzyżebrzu, a przy nacisku występował niezwykle silny ból, rozprzestrzeniający się w kierunku przebiegu całego nerwu. Przy wysłuchiwaniu w tem miejscu znalazłem poniżej kąta łopatki oddech nieco zaostrzony; opukiwanie nie przedstawiało żadnych zmian, jednakże podczas kaszlu udawało mi się słyszeć w głębi rzężenia suche z charakterem dźwięcznym. To zjawisko wysłuchowe dało mi podstawę do wypowiedzenia kolegom, będącym jednocześnie ze mną na naradzie, przypuszczenia, że w danym przypadku ból może być zależnym od tworzenia się w głębi nowego ogniska bronchopneumonicznego, dążącego ku obwodowi; jednem słowem, że sprawa stara, znajdująca się w obu szczytach, zaczyna się rozszerzać i zajmować dolne części płuca.

Ból ten powoli zaczął się zmniejszać, trwał jeszcze ze dwa tygodnie (razem pięć), wreszcie ustąpił zupełnie, ale za to zjawiska wysłuchowe w tem miejscu wskazywały na coraz bardziej występujące zmiany destrukcyjne płuca; rzężenia dźwięczne stawały się coraz wyraźniejszemi, wystąpił oddech oskrzelowy i t. p. objawy, znamionujące szybki postęp sprawy niszczącej. Chory w mowie będący zmarł w Marcu 1881 przy zwykłych objawach daleko posuniętych suchot płucnych; bóle wyżej opisane nie wystąpiły więcej.

Spostrzeżenie II. Chora N., lat 64 mająca, przyjęta została w dniu 22 Grudnia 1881, na oddział chorób piersiowych i krtaniowych w szpitalu Ś-go Ducha. Chora dotkniętą jest przewlekłą sprawą w płucach od kilku lat trwającą. Przy przyjęciu znalazłem stan bezgorączkowy, odżywianie ogólne liche, kaszel dosyć silny z obfitą ropiastą plwociną. Przy badaniu w szczycie prawego płuca bardziej od przodu aż do 3-go żebra znaleziono obszerną jamę suchotniczą (*caverna*) z licznemi rzężeniami dźwięcznemi grubopęcherzykowemi (*gargouillement*). Nieznaczne zajęcie szczytu płuca lewego; brak objawów hektycznych. Chorej zalecono wewnątrz tran i kreozot obok dyjety mlecznej. W ciągu trzechmiesięcznego pobytu w szpitalu chora poprawiła się nieco, stan ogólny i siły się wzmogły. Chora zupełnie nie gorączkowała. Dnia 28 Lutego 1882 r. chora uskarża się na silny ból w lewym boku; przy bliższem badaniu w okolicy pachowej lewej nie znaleziono żadnych zmian opukowych ani wysłuchowych. Oddech przedstawiał się podobnie jak i w pozostałej części lewego płuca pęcherzykowym, nieco zaostrzonym. Przy bliższem zbadaniu okolicy bólu znaleziono, że takowy jest ściśle umiejscowiony do 7 międzyżebrza; przy nacisku ból silnie się wzmaga, rozchodząc się w kierunku przebiegu nerwu głównie ku przodowi; stan bezgorączkowy. Zalecono wyjodynować okolicę bólu.

1. III. Ból trwa dalej z tym samym charakterem. Wysłuchiwanie nie wykrywa zmian chorobowych. Zalecono wezykatoryję. 2. III. Ból trwa lecz nieco mniej silny. 3. III. Ból ustąpił zupełnie, przy nacisku występuje lekka bolesność w kierunku nerwu. 4. III. Bólu nie ma zupełnie, przy nacisku również wcale się nie zjawia. 5 i 6. III. Stan ten sam. 7. III znowu wystąpił silny ból

w tem samem miejscu co poprzednio ból rozprzestrzenia się głównie ku przodowi. Przy wysłuchiwaniu słychać obok oddechu zaostrzonego nieco słabych rzężeń trzeszczących (*subcrepitationes*), wieczorem ciepłota 37.9°C., tętno 80. Zalecono 2 cięte bańki, oraz ciepły okład. 8. III ból trwa dalej, a nadto wystąpił również i w międzyżebrzu 8-mem, w linii pachowej. Przy naciskaniu na międzyżebrze 7 i 8 ból wzmaga się znacznie, rozchodząc się aż do dołka podsercowego. Rzężenia trzeszczące trwają dalej. Ból wzmaga się przy kaszlu; stan bezgorączkowy. Zastrzyknięto podskórnie morfinę, oraz zalecono dalej ciepły okład. 9. III. Ból trwa dalej w obu międzyżebrzach, morfina łagodzi ból tylko przemijająco kaszel silny trwa dalej. Stan bezgorączkowy. Zalecono dużą wezykatoryję. 10. III. Wezykatoryja mocno naciągnęła; nad ranem bóle ustąpiły zupełnie; rzężenia trwają dalej.

W ciągu pięciu następujących tygodni, t. j. do chwili wypisania się chorej (15. IV.) ból w lewym boku nie pojawił się wcale, zato rzężenia w tejże okolicy (6—8 międzyżebrze na linii pachowej) stawały się coraz liczniejszemi, a wreszcie przeszły w rzężenia dźwięczne; oddech był nieokreślonym. Po dwóch tygodniach, t. j. w końcu Kwietnia, chora znowu wstąpiła na mój oddział głównie z powodu silnego bólu w prawym boku, od kilku dni trwającego. Badając, znaleźliśmy silny ból w międzyżebrzu 6 i 7 w linii pachowej prawej; ból wzmagał się przy nacisku rozchodząc się w kierunku obu nerwów międzyżebrowych, idąc głównie ku przodowi. Przy wysłuchiwaniu tam że słychać było oddech silnie zaostrzony. Sprawa niszcząca w prawym wierzchołku rozszerzyła się znacznie. W lewym boku w okolicy owego upartego bólu znalazłem między 6-em a 8-mem żebrem liczne rzężenia dźwięczne przy oddechu nieokreślonym. W lewym szczycie również sprawa posunęła się dalej. Stan ogólny pogorszył się znacznie. Kaszel silny i uparty ze znaczną ilością plwociny ropiastej. *Status subfebrilis*; 38,5. Chorej zalecono *vesicans* na prawy bok, ciepły okład. W dni kilka ból ustąpił zupełnie. W chwili, gdy to piszę (5 Maja) ból u chorej pozostał nieznaczny; przy nacisku w międzyżebrzu 6 ból nieco się odzywa. Stan chorej bezgorączkowy. Silny kaszel trwa dalej.

---

Sądzę, że niniejsza obserwacyja jest wielce interesującą; pokazuje ona bowiem dokładnie, jaką doniosłość prognostyczną mają bóle wyżej wzmiankowane; jestem bowiem najmocniej przekonany, że z prawej strony na miejscu obecnego bólu, tworzy się podobne ognisko, jak to przed 6-ciu tygodniami miało miejsce w dolnym ustępie lewego płuca i że po pewnym przeciągu czasu i tu wystąpią objawy fizykalne, znamionujące obecność ogniska rozpadowego, leżącego tuż pod opłucną prawą.

---

Trzeci wreszcie rodzaj nerwobólów klatki piersiowej, występujących w przebiegu przewlekłych suchot płucnych, przedstawia się w następujący sposób: U suchotników, znajdujących się w ostatnim okresie suchot płucnych, przedstawiających wszystkie objawy tak zwanego okresu hektycznego choroby, występ-

pują raptownie silne bóle w dolnych częściach klatki piersiowej, najczęściej w linii pachowej. Badając je bliżej, znajdujemy, że one są również ściśle umiejscowione do jednego lub dwóch międzyżebrzy, najczęściej 8. 9 lub 10, powiększają się przy nacisku i rozchodzą się w kierunku nerwu międzyżebrowego. Bóle owe zazwyczaj są krótkotrwałe; trwają dzień, a co najwyżej kilka dni, ustępują potem w zupełności, lub powtarzają się kilkakrotnie, lecz zwykle na czas krótki. Zdarzało mi się również spostrzegać, że bóle owe występują raz z jednej to znowu z drugiej strony, zawsze jednakże trzymają się ostatnich międzyżebrzy.

Dwa następujące przypadki, dokładnie przezemnie spostrzegane, będą najlepszą illustracyją do wyżej powiedzianego.

Spostrzeżenie 1-sze. K., lat 35 mająca, przyjętą została na mój oddział w dniu 24 Stycznia 1882 roku. Chora znajdowała się w ostatnim okresie suchot. Obok objawów znacznych zniszczeń w obu płucach, istniały wybitne objawy gorączki hektycznej, obfite poty nocne, brak łaknienia, wymioty i t. p. objawy. Chora, której stan ogólny i miejscowy ulegał stopniowemu pogorszeniu, doznała raptem w dniu 3 Marca wieczorem niezwykle silnego bólu w lewym boku. Ból ten trwał bez przerwy; w dniu następnym rano widziałem w czasie wizyty chorą i badając ją bliżej, znalazłem w linii pachowej ból suchy, umiejscowiony w międzyżebrzu 9-tem; ból ów był niezwykle silnym i przy nacisku rozprzestrzeniał się w kierunku nerwu międzyżebrowego. Badanie fizykalne w linii pachowej nie wykazało żadnych zmian wypukowych i wysłuchowych. Zaleciłem wyjodynowanie owego miejsca. W dniu następnym ból znikł zupełnie, po przeszło 24 godzinnem trwaniu. Ból ten nie powtórzył się więcej do samej śmierci chorej, która nastąpiła w d. 2 Kwietnia.

Badanie pośmiertne, które podaję pokrótce, dało wynik następujący: opłucna żebrowa lewa zupełnie gładka; w jamie opłucnej nie ma wcale płynu. Opłucna trzewiowa przyrośnięta głównie w górnych i tylnych częściach zapomocą dość silnych zrostów. W płucu na przecięciu znajdują się liczne jamy (*cavernae*) i ogniska bronchopneumoniczne i t. d.. Odpreparowane nerwy międzyżebrowe 8, 9 i 10 przedstawiają się jako cienkie nitki, gładkie i błyszczące; makroskopijnie zmian żadnych nie przedstawiają. Nerw międzyżebrowy 9-ty poddany został bliższemu badaniu histologicznemu, którego łaskawie dokonał kol. Gajkiewicz w pracowni prof. Hoyera. Badanie to nie wykazało w nim żadnych zmian patologicznych.

Spostrzeżenie 2-gie. W., lat 30 mająca, przyjętą została na mój oddział w dniu 3 Lutego 1882 r., przedstawiając obraz ostatniego okresu suchot płucnych. Obok znacznych zniszczeń w płucach, istniało od kilku tygodni trwające uparte rozwolnienie. Gorączka i poty nocne. Chora przedstawiała niezwykły stopień wyniszczenia; stan jej pogarszał się z dnia na dzień. W dniu 22 Marca to jest na tydzień przed śmiercią chora uskarża się na suchy ból w lewym boku. Przy badaniu znalazłem ból umiejscowiony w 9-tem i 10-tem międzyżebrzu, przy nacisku rozchodzący się w kierunku obu nerwów międzyżebrowych do dołka sercowego. Osłuchiwanie w tych miejscach zmian żadnych nie wykazało.

W dniu 23 Marca ból z lewej strony ustąpił; za to wystąpił ból gwałtowny w prawym boku, ściśle umiejscowiony do 8-go międzyżebrza; ból szczególniej

silny przy ucisku międzyżebrza, odzywa się w kierunku nerwu, głównie ku przodowi. Wysłuchiwanie nie wykazuje żadnych zmian. Zalecono ciepłe okłady. 24 III. Ból bez zmiany. 25 III. Ból znacznie się zmniejszył. 26 III. Chora w wysokim stopniu osłabiona, ból ustąpił zupełnie. 27 III. Chora zmarła.

Badanie pośmiertne. Prawe płuco: w jamie opłucnej płynu nie ma, wierzchołek silnie przyrośnięty, zraz górny płuca cały stwardniały; u szczytu znajduje się duża jama, reszta zrazu usiana licznemi ogniskami zapalenia płuc zrazikowego (*bronchopneumonia lobularis*). Dolne części płuca obrzękłe. Opłucna żebrowa gładka. Wycięte nerwy międzyżebrowe 8, 9 i 10 niezmienione, białe, lśniące.

Badanie histologiczne, dokonane również przez D-ra Gajkiewicza, nie wykazało w nich żadnych zmian patologicznych.

W lewem płucu znajdują się liczne drobne jamki i ogniska bronchopneumoniczne i t. d..

---

Tę więc ostatnią kategoryję nerwobólów klatki piersiowej należy uważać za cierpienie często nerwowej natury, jak to bowiem tylko co wykazałem, w przypadkach przezemnie spostrzeganych i zakończonych śmiercią, badanie pośmiertne nie wykazało najmniejszych zmian ani w samych nerwach, ani też w sąsiedniej opłucnej. Co się dotyczy istotnej przyczyny owych nerwobólów, to może być że słuszne jest zdanie prof. Peter'a (l. c. 511), który takowe stawia w zależności od ogólnej niedokrwistości danego osobnika; i w samej rzeczy w naszych przypadkach chore przedstawiały wysoki stopień niedokrwistości, chociaż tutaj dodać zaraz winieniem, że gdyby to istotnie zawsze miało miejsce, to bóle owe spotykalibyśmy daleko częściej; u iluż to bowiem suchotników znajdujemy w ostatnim okresie, a nie raz i w początkowych stadyjach choroby wysoki stopień niedokrwistości! Również jednostronnem, chociaż wielce orginalnem, wydaje mi się być zdanie D-ra Bassereau (*Thèse de Paris 1840 str. 22*), który nerwobóle międzyżebrowe uważa za cierpienie symptomatyczne jednego z trzewiów brzucha, cierpienie których przez gałązki wielkiego nerwu trzewiowego (*n. splanchnicus*) przenosi się na nerwy międzyżebrowe; i w istocie w naszych dwóch przypadkach wyżej opisanych mieliśmy wysoki stopień zaburzenia w trawieniu; w pierwszym przypadku niemal codzienne wymioty, w drugim brak łaknienia i uporczywe rozwolnienie.

Badanie pośmiertne w pierwszym wykazało silny nieżyt żołądka wraz z licznemi nadżarciami krwotocznemi, w drugim niezwykle rozległe owrzodzenia gruźlicze w kiszkach cienkich i grubych.

Już wyżej przytaczany autor francuzki Beau w poglądach swoich poszedł jeszcze dalej, twierdząc, że w większej liczbie przypadków nerwobóle w mowie będące zależne są tylko od stanu dyspeptycznego, a cierpienie to wydało się autorowi tak ściśle związanem z zaburzeniem w sprawie trawienia, że nerwoból ów międzyżebrowy nazywa *névralgie dyspéptique* (Beau l. c. str. 178). Pogląd ów zkądinąd znakomitego autora francuskiego zaznaczam tu tylko, nie rozbieram go bliżej krytycznie, sądzę bowiem, że jest on również jednostronny jak i poglądy wyżej cytowanych autorów. Zdaniem mojem wyżej wzmianko-

wane przez owych autorów przyczyny jakoto: niedokrwistość, dyspepsyja i t. p., są tylko momentami podrzędnego znaczenia; istotną przyczynę musi stanowić pewne bliżej dotychczas nieokreślone usposobienie nerwowe, które zazwyczaj spotykamy częściej u kobiet, aniżeli u mężczyzn, co również i względna częstość owych bólów u suchotniczek, zdawała by się potwierdzać.

---

Na zakończenie niniejszej pracy wypada mi choć w kilku słowach nadmienić o leczeniu owego cierpienia. Otóż w bólach występujących w początkowych okresach suchot, tylko leczenie ogólne, skierowane przeciw zasadniczej chorobie, jest jedynie racyjonalnem, a więc klimatoterapija, racyjonalna gimnastyka płucna, umiarkowana hydroterapija i t. d.. Przy tego rodzaju środkach stan ogólny i miejscowy zwykle szybkiej ulega poprawie, a bóle ustępują zupełnie, jak to wielokrotnie spostrzegałem.

Bóle, występujące w ostatnim okresie choroby, również nie wymagają szczególnego leczenia; trwają one zwykle niedługo, a ciepły okład najczęściej łagodzi je lub usuwa w zupełności, bez potrzeby uciekania się do innych środków. Najuporczywsze i wymagające istotnej interwencyi terapeutycznej są bóle zaliczone przezemnie powyżej do drugiej kategoryi, t. j. będące zwiastunem postępującej sprawy niszczącej płuca. Otóż w tej kategoryi nerwobólów używałem metodycznie najróżnorodniejszych środków i wyznać muszę, że jedyną korzyść rzeczywistą widziałem z użycia środków odciągających na skórę miejsca, odpowiadającego bólowi, z liczby zaś owych środków najlepiej działały duże wezykatoryje (10 do 12 godzin), w lżejszych przypadkach jodynowanie. Mniej skutecznemi okazały się środki miejscowe przeciwzapalne, bańki, pijawki, lód i t. d; przypominam sobie tylko jeden przypadek, gdzie po wyczerpaniu różnorodnych derywacyj i środków kojących zastosowanie dwóch pijawek ból uspokoiło. Wreszcie najmniej pożytku widziałem z użycia środków kojących (*narcotica*), stosowanych pod postacią maści, smarowań lub podskórnych wstrzykiwań; takowe działały zbyt przemijająco, wywołując często nieprzyjemne działanie poboczne (wymioty, bóle głowy i t. p.).

---

Дозволено Цензурою. Варшава 10 Іюня 1882 г. Druk K. Kowalewskiego Królewska Nr. 23.